

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

THÈSE

N°

21

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 14 Novembre 1906, à 1 heure.

Par M. BLAISE CAILLEBAR

Né à Cazaubon (Gers), le 2 septembre 1879.

DE L'ORIGINE TUBERCULEUSE

DES

KYSTES GANGLIONNAIRES

ET DE LA

PÉRIOSTITE ALBUMINEUSE

Président : M. LANNELONGUE, Professeur.

Juges : MM. TERRIER, Professeur.

MAUCLAIRE,

GOSSET,

| Agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1906

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. DEBOVE.

Professeurs..... MM.

Anatomie.....	POIRIER.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ HUTINEL.
	{ BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	SEGOND.
Pharmacologie et Matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	GILBERT.
Hygiène.....	CHANTEMESSE
Médecine légale.....	THOINOT.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....	DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	ROGER.
	HAYEM.
Clinique médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
	{ LANDOUZY.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
	{ LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....	{ TERRIER.
	{ BERGER.
	{ RECLUS.
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE
Clinique des voies urinaires.....	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements.....	{ PINARD.
	{ BUDIN.
Clinique gynécologique.....	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique.....	ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	DUPRÉ.	LEGUEU.	RICHAUD.
BALTHAZARD	DUVAL.	LEPAGE.	RIEFFEL, <i>Chef des</i>
BRANCA.	FAURE.	MACAIGNE.	<i>travaux anatom.</i>
BEZANCON.	GOSSET.	MAILLARD.	TEISSIER.
BRINDEAU.	GOUGET.	MARION.	THIROLOIX.
BROCA (ANDRÉ).	GUIART.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
CARNOT.	JEANSELME.	MERY.	WALLICH.
CLAUDE.	LABBE.	MORESTIN.	
CUNEO.	LANGLOIS.	POTOCKI.	
DEMELIN.	LAUNOIS.	PROUST.	
DESGREZ.	LEGREY.	RENON.	

Le Secrétaire de la Faculté : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

J'offre ce travail en hommage de ma profonde reconnaissance.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur LANNELONGUE

Chirurgien des Hôpitaux

Membre de l'Institut et de l'Académie de médecine

Commandeur de la Légion d'honneur.



AVANT-PROPOS

A nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, nous adressons l'expression de notre reconnaissance pour tous les enseignements qu'ils nous ont prodigués.

Il nous plait de remercier tout particulièrement M. le Prof^r Lannelongue, à qui revient l'idée première de ce travail, pour la bienveillance si grande qu'il nous a témoignée dans le cours de nos études, et pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Que M. le Prof^r Mossé accepte l'hommage de notre reconnaissance pour les leçons cliniques si claires et si précises, que nous nous félicitons d'avoir suivies, alors que nous étions élève de la Faculté de médecine de Toulouse.

INTRODUCTION

Avant d'aborder ce travail, il nous semble naturel d'expliquer dans quel but nous traitons à la fois des kystes ganglionnaires et de la périostite albumineuse.

Nous résumerons notre réponse en quelques lignes : Le kyste ganglionnaire est une tumeur tuberculeuse « dès l'origine comme plus tard », c'est un abcès froid qui a subi la transformation kystique. En second lieu, la périostite dite albumineuse est une collection kystique d'origine tuberculeuse, si bien qu'on peut prendre ces collections pour des kystes de la surface externe du périoste.

Ces deux affections résultent toutes deux de la transformation kystique d'un abcès froid. Le contenu est identique de part et d'autre ; la paroi a pour caractère exclusif le même élément d'appréciation : le follicule ou le nodule tuberculeux. Cette identité de nature nous a conduit à rapprocher les kystes ganglionnaires de la périostite albumineuse. Pour être conforme à la logique, il nous semble que l'on devrait désormais appeler tuberculeuses ces collections d'une physionomie propre et d'allures toutes spéciales.

Ces deux affections sont peut-être moins rares qu'on ne le pense ; car au lit du malade, elles sont d'une inter-

prétation difficile. Car si on ne trouve pas de lésions tuberculeuses dans d'autres organes, en particulier dans le poumon, on n'admettait point, faute de plus grande preuve, l'origine tuberculeuse de ces deux affections.

Pour éclaircir le fait, on comptait sur l'anatomie pathologique, qui certes ne donnait que des résultats très variables, car à ce moment la lésion primitive avait disparu ou avait subi diverses transformations qui la rendaient méconnaissable ; on n'avait plus sous les yeux que des lésions ultimes. Ainsi les kystes ganglionnaires de même que ces collections albumineuses siégeant sur la face externe du périoste ne sont que le résultat de diverses transformations qui les éloigne tellement de leur type d'origine, au point de les faire prendre pour une entité morbide. Mais en prenant le soin d'examiner les alentours de ces lésions, on peut retrouver les lésions primitives. De plus, M. Villejean, par ses analyses chimiques du pus des abcès tuberculeux, est venu jeter un grand jour sur cette question.

Dans ce travail, nous rappellerons d'abord les travaux qui ont traité de ce genre d'affection et les opinions qui furent émises à ce sujet.

Rappelant ensuite les diverses transformations subies par les collections qui nous occupent, kystes ganglionnaires et périostite albumineuse, nous nous efforcerons d'en démontrer leur véritable origine.

HISTORIQUE

§ I^{er}. — Des kystes ganglionnaires.

C'est par la dissection et une démonstration anatomique, c'est le meilleur de tous les débuts, qu'à commencé l'histoire de cette affection : « les kystes ganglionnaires. »

En effet, dans la séance du 26 février 1851, M. Adolphe Richard présenta à la Société de Chirurgie la dissection d'une tumeur enkystée du cou. Il en étudia les rapports anatomiques et la portée étiologique, de façon à pouvoir expliquer la formation de certains kystes séreux du cou.

Dans son travail, Adolphe Richard se livre à des réflexions sur l'histoire scientifique et pratique de la maladie désignée sous le nom d'hydrocèle du cou.

Lebert, chargé de rédiger un rapport sur le travail présenté par Adolphe Richard, nous donne un aperçu historique sur les connaissances que l'on avait jusqu'alors par rapport à ces tumeurs du cou. On peut, dit-il, les faire remonter à 30 ans environ. Jean-Pierre Maunoir, de Genève, fit en 1815 un travail sur l'hydrocèle du cou, travail qui ne fut publié qu'en 1825. A partir de cette époque, l'attention des chirurgiens fut attirée de ce côté. Heister, Delpech, Lawrence, Heidebreich, Beck publièrent quelques observations sur ce

sujet. Mais les travaux les plus importants sont dus à O'Beirne, de Dublin. Ce dernier émit l'opinion longtemps admise, et plus tard réfutée par Fleury et Marchessaux, que cette tumeur était située pour la plupart des cas, à gauche.

Fleury et Marchessaux traitent particulièrement des tumeurs qui se trouvent situées entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, derrière le muscle thyro-hyoïdien et le peaucier, tumeurs enkystées contenant une matière visqueuse et jaunâtre. Ils citent nombre d'observations, d'après lesquelles la tumeur se trouvait aussi souvent à droite qu'à gauche.

Laugier fit paraître un travail, qui est antérieur à celui de Fleury et Marchessaux, sur les tumeurs kystiques du cou ; il résume les opinions de Maunoir et d'O'Beirne. Cependant nous trouvons un fait nouveau dans son observation, qui nous cite le cas d'une tumeur du cou n'ayant aucune connexion avec la glande thyroïde. Ce fait est aussi signalé par Dieffenbach dans sa *Chirurgie opératoire*.

Les connaissances sur ce genre de tumeurs ne s'étendaient pas plus loin, au moment où Ad. Richard lut son travail à la *Société de Chirurgie*. Voici d'ailleurs le fait tel qu'il nous est présenté par l'auteur.

Sur le cadavre d'une femme apportée à l'Ecole pratique, Richard trouve sous les muscles sous-hyoïdiens, une tumeur fluctuante à parois minces, à teinte rosée opaline, haute de 3 centimètres, large de moitié, ovoïde de haut en bas. Elle est située dans un dédoublement de l'aponévrose cervicale moyenne. Son extrémité inférieure se trouve au niveau de l'articulation sterno-claviculaire

gauche. Le contour du kyste est transparent et visqueux. L'auteur attache une grande importance à la position des glandes lymphatiques de cette région. Voici d'ailleurs ce qu'il nous en dit : « Du côté droit, vis-à-vis la
« tumeur que nous venons de décrire, faisant pour ainsi
« dire son pendant, et affectant en tout les mêmes rap-
« ports, se voit une glande allongée, pleine, parenchy-
« mateuse, ayant tout à fait l'aspect d'un ganglion lym-
« phatique. De chaque côté, glande et kyste sont l'un et
« l'autre dans un dédoublement de l'aponévrose cervi-
« cale moyenne. Deux veines thyroïdiennes appliquées
« de part et d'autre sur leur face profonde, achèvent pour
« ainsi dire de peindre leur symétrie complète. Si l'on
« découvre la face postérieure de notre kyste, on ne
« trouve derrière lui aucun ganglion lymphatique. Ajou-
« tons que plus haut, tout près de la circonférence infé-
« rieure du corps thyroïde, les deux veines thyroï-
« diennes externes présentent à gauche et à droite un
« ganglion lymphatique appendu à chacune d'elles,
« ce qui continue la symétrie des parties situées plus
« bas. »

D'après ces données l'auteur constate que le kyste n'était pas autre chose qu'une glande lymphatique transformée en tumeur enkystée.

Pour rendre l'opinion d'Ad. Richard plus probante, il eut été nécessaire et intéressant d'étudier la structure de cette tumeur kysteuse et de son contenu, de déterminer la nature de la substance de la paroi de sa face interne et d'étudier les propriétés physiques et chimiques du liquide contenu dans la cavité. Mais, nous dit Lebert, la présentation de la pièce fut retardée de huit jours, et

la tumeur ne se trouva plus assez fraîche pour être examinée.

A la fin de son travail, Ad. Richard cite l'observation d'un homme entré dans le service du professeur Velpeau. Ce malade présentait à l'angle de la mâchoire inférieure une tumeur qui s'était développée lentement et qui avait atteint le volume d'un poing ; elle occupait en bas et en arrière toute la moitié externe de la région sus-hyoïdienne et un peu de la région parotidienne, en haut, plaquée contre la face externe de la base et de la branche gauche de la mâchoire. Cette dernière partie de la tumeur est complètement solide ; au-dessous de la mâchoire, au contraire, la mollesse et la fluctuation ne laissent aucun doute sur l'existence d'un liquide. Le professeur Velpeau pratique une ponction et retire de la tumeur un demi verre d'un sérum transparent et visqueux. La tumeur examinée laissait très bien reconnaître en bas la coupe d'un ganglion lymphatique induré ; en haut, c'était une masse fibreuse, homogène, élastique, qui, au microscope, n'offrit que des cellules et des noyaux fibro-plastiques.

L'auteur conclue qu'un ganglion lymphatique a été le point de départ de la maladie, « tumeur sous-maxillaire, « isolée, roulante, mobile et comme le malade me le « disait, pendant quatre mois ça n'a été qu'une glande. « C'est un travail secondaire qui, développant la formation d'un tissu nouveau dans le ganglion, envahit à la « fin par voisinage le périoste et l'os lui-même. »

En 1870, Muron lut à la *Société de Biologie* une note dans laquelle il rapporte l'observation d'un kyste dans la région sus-claviculaire, à contenu séro-sanguin, dont

l'origine ganglionnaire ne saurait être mise en doute. Jusqu'à l'heure, dit Muron, il n'existe aucun fait certain de kyste simple ganglionnaire. Dans le fait, cité par Richard à la *Société de Chirurgie*, les preuves ont une réelle valeur, mais ne sont pas absolues.

« Les ganglions, ajoute Muron, ont une structure
« tellement différente des autres tissus, qu'il est impos-
« sible de les confondre. Si donc la paroi d'un kyste,
« situé dans une région où existent de nombreux gan-
« glions, est représentée par le tissu même des ganglions,
« la preuve directe sera donnée du siège de ce kyste dans
« un ganglion lymphatique. »

« La tumeur située dans la région sus-claviculaire
« avait le volume d'un œuf de dinde. L'incision laissa
« écouler un liquide rougeâtre qui malheureusement ne
« fut pas examiné. Il restait une poche kystique entourée
« de toute part par une paroi.

« La surface interne de la poche présentait une rou-
« geur assez uniforme ; on y voyait des inégalités, des
« saillies en forme de brides ou de colonnes assez analo-
« gues à celles du cœur, et l'aspect général était en tous
« points ressemblants à la face interne d'une oreillette
« cardiaque.

« Il y avait, en effet, des colonnes adhérentes dans
« toute leur étendue, tandis que d'autres se trouvaient
« libres à leur partie moyenne.

« L'épaisseur de cette paroi était à peu près égale dans
« tous ses points et variait entre 3 et 6 millimètres. Les
« parties les plus épaisses correspondaient aux saillies
« intérieures.

« En faisant une coupe fraîche, on voyait à l'œil nu

« que le tissu même de la paroi avait un aspect grisâtre
« et ressemblait à celui des ganglions.

« Le raclage pratiqué à la face interne et placé sous
« le champ du microscope ne montrait nulle part des
« plaques de cellules épithéliales ; on n'y voyait que
« quatre cellules fusiformes ou quelques noyaux isolés.

« Le raclage pratiqué sur le tissu grisâtre de la paroi
« montrait un grand nombre de globules lymphatiques.

« Nous avons fait des coupes sur cette pièce durcie
« dans l'alcool, et alors il nous a été facile de voir que
« le tissu était celui des ganglions. On y trouvait, en
« effet, un tissu réticulé, c'est-à-dire une série de fila-
« ments s'anastomosant les uns avec les autres et circons-
« crivant des aréoles dans lesquelles étaient logés des
« globules lymphatiques.

« Il s'agissait bien évidemment d'un tissu ganglion-
« naire, mais ce tissu avait subi quelques modifications
« de structure, qui étaient dûes à la compression excen-
« trique du liquide. Ce tissu était devenu un peu fibreux ;
« des faisceaux assez nombreux de tissu connectif se
« voyaient disséminés autour des aréoles et leur donnaient
« une épaisseur plus grande.

« C'était là la seule modification de structure. Il n'y
« avait en aucun point de dégénérescence muqueuse ou
« colloïde, ce qui nous aurait permis, s'il y en avait eu,
« d'expliquer la formation de ce kyste.

« Nous ne sommes donc, relativement à ce point de
« pathologie, pas plus avancés que pour les kystes déve-
« loppés dans le tissu cellulaire. »

Jusqu'à présent, on s'était donc attaché à prouver
l'origine ganglionnaire de certains kystes du cou. D'après

les diverses théories et les nombreuses observations que nous nous sommes efforcés de reproduire, cette origine ne fait pas de doute. Mais il était réservé à M. le professeur Lannelongue d'expliquer la véritable étiologie de ces sortes de tumeurs.

§ II. — De la périostite albumineuse.

En 1868, Ollier, de Lyon, observa pour la première fois une nouvelle forme de périostite, à laquelle il donna le nom de périostite albumineuse. Voici la définition qu'il donne de cette affection : « C'est, dit-il, une forme
« spéciale de périostite, caractérisée anatomiquement
« par l'accumulation sous le périoste et dans les couches
« périostales d'un liquide visqueux, filant, albuminoïde,
« transparent, analogue à la synovie. »

En 1874, Poncet publia dans la *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, une observation très démonstrative avec l'exposé des idées d'Ollier sur la nature de cette maladie.

« Ces collections d'origine inflammatoire, dit Poncet,
« donnent à cette maladie une physionomie à part : elles
« en font une affection distincte, soit au point de vue
« anatomo-pathologique, soit au point de vue clinique. »

C'est une inflammation de l'os, qui donne lieu à une collection de liquide clair, filant comme la synovie, et qui s'accumule quelquefois en grande abondance autour de la diaphyse ; l'épanchement d'abord sous-périostique s'accumule en grande abondance à la face externe du périoste.

Ollier a observé ces genres d'épanchements surtout chez les enfants pendant la période de croissance. Leur point d'élection est la portion renflée de la diaphyse appelée par Ollier juxta-épiphysaire qui prend la plus grande part à l'accroissement de l'os.

Après avoir établi nettement la position de l'épanchement, Poncet s'étend longuement sur la nature et les propriétés du liquide contenu dans la poche. « Après sa ponction, dit-il, on voit apparaître un liquide filant, albumineux, transparent, habituellement un peu verdâtre, parfois légèrement rougi par le sang qui s'écoule des parois du foyer, mais ce qui le distingue surtout, c'est une sérosité qui le rend comparable à du blanc d'œuf. »

A ce moment, ajoute l'auteur, un stylet introduit par la plaie arrive sur l'os dénudé ; mais il n'en est pas toujours ainsi ; la collection de liquide peut être séparée de l'os par une couche granuleuse, formée aux dépens des éléments médullaires qui se trouvent à la surface de l'os des jeunes sujets.

On ne doit pas confondre l'exsudat sous-périostique, avec les épanchements qui se rencontrent dans d'autres affections inflammatoires du tissu osseux ; ainsi l'ostéite chronique s'accompagne souvent d'une sécrétion séro-albumineuse.

La périostite albumineuse reconnaît pour cause le froid, si bien qu'elle a pu être considérée comme de nature rhumatismale ; d'après les observations recueillies par Ollier, c'est avec le traumatisme, la seule cause qu'il ait pu invoquer.

Après nous avoir donné les divers symptômes de cette

affection, Poncet cite l'observation très détaillée du cas étudié par Ollier ; nous en citerons les principaux passages.

Observation I (OLLIER).

Un jeune homme, âgé de 15 ans, entre pour la première fois à l'hôpital le 11 octobre 1869. Dans son enfance il a eu de l'eczéma aux lèvres et des ganglions engorgés au cou ; il n'a jamais eu de rhumatisme articulaire, et n'en a jamais entendu parler chez ses parents.

Huit jours avant son entrée à l'hôpital, se trouvant dans une cave il avait eu froid, deux jours après il avait un engourdissement du bras droit.

Après divers symptômes douloureux localisés dans son épaule droite, Ollier diagnostique une ostéïte de l'extrémité supérieure de l'humérus.

Le 28, on sent une fluctuation localisée sous le deltoïde à la face antérieure.

Le 14 novembre, Ollier fit, au niveau de la face antérieure du deltoïde, avec un petit trocart, une ponction de la collection liquide qui avait notablement augmenté. Il s'écoule un liquide visqueux, filant, d'une teinte citrine et dont on peut facilement apprécier les caractères en le laissant séjourner pendant quelques heures dans un verre à pied. Ce qui frappe à première vue, c'est la viscosité de ce liquide qui, à un faible écartement des doigts, s'étend sous la forme de filaments comme la synovie ; on y voit, de plus, des globules huileux qui, vu leur faible densité, surnagent et au repos forment la couche la plus superficielle.

La couche la plus inférieure a une teinte légèrement rouge, on y remarque des flocons de fibrine, en même temps que par l'examen histologique quelques globules blancs et des rouges en assez grand nombre.

La couche médiane d'une teinte un peu ambrée est formée par

un liquide visqueux à la surface duquel se trouvent des gouttelettes de graisse qui constituent la troisième couche.

Ollier fit deux autres ponctions le 16 et le 24. Le liquide qui s'écoule est alors plus trouble.

Ollier craignant une suppuration, appliqua sur la face antérieure du bras, un peu au-dessous du moignon de l'épaule, une large rainée de pâte de Vienne. Il fit entourer alors l'avant-bras, la main et tout le membre supérieur d'épaisses couches d'ouate, que l'on recouvrit de bandes silicatées de façon à obtenir une immobilisation complète.

Le malade put quitter l'hôpital au mois de mars 1870, complètement guéri. Mais il y rentrait de nouveau sept mois plus tard ; un abcès s'était déclaré dans l'aisselle du même côté. Le lendemain de son entrée, on ouvrit la tumeur avec un bistouri ; le pus qui s'écoula était alors jaunâtre, peu épais et nullement filant.

Après un mois de séjour, le malade sortait de l'Hôtel-Dieu. Mais il ne tarda pas à y retourner ; l'abcès s'était reformé et avait donné naissance à un trajet fistuleux par où suintait un pus, d'abord assez abondant et qui présentait les mêmes caractères que celui du premier abcès.

On constatait l'intégrité complète de l'articulation scapulo-humérale. Un stylet introduit dans l'aisselle par le trajet fistuleux rencontrait l'os dénudé et allait buter contre la tubérosité externe de l'humérus. Quelques jours après la fistule était tarie. Le malade sortait de nouveau.

En 1878, M. le Prof^r Terrier publia à la Société de Chirurgie un fait clinique qu'il avait observé en 1876 à l'hôpital, alors qu'il remplaçait le Prof^r Dolbeau. Voici l'observation :

Observation II (TERRIER).

M^{lle} F. . . , âgée de 22 ans, femme de chambre, entre à l'hôpital Beaujon (salle Sainte-Clotilde, n^o 1), le 1^{er} mai 1876.

Cette jeune fille, lymphatique, n'a jamais été malade jusque dans

ces derniers temps ; elle ne présente pas d'antécédents pathologiques, ses parents sont bien portants. Depuis le siège de Paris, pendant lequel elle a beaucoup souffert, M^{lle} F... a été placée comme femme de chambre et elle aurait été accablée d'ouvrage et mal nourrie.

Il y a deux ans et demi, la malade présenta des accidents de chloro-anémie et prit du fer et des douches froides ; peu après cette époque, un médecin lui fit une saignée, sans qu'il nous soit possible d'en déterminer la raison.

C'est il y a environ 20 mois, que pour la première fois, M^{lle} F... ressentit des douleurs sourdes, au niveau de la partie moyenne et postéro-externe de la cuisse droite. Ces douleurs augmentèrent peu à peu, surtout la nuit ; et la malade ne tarda pas à ne plus pouvoir travailler. Un médecin lui fit appliquer successivement quinze vésicatoires volants sur la région douloureuse sans amener grande amélioration.

En décembre 1875, la cuisse droite, siège constant des douleurs, avait un peu augmenté de volume, on fit encore des injections sous-cutanées de morphine, on utilisa l'électrisation sans obtenir d'amélioration durable. Consulté à cette époque, le Dr Damaschino conseilla l'emploi d'injections interstitielles de nitrate d'argent.

La malade, qui depuis deux mois gardait le lit, ne fut guère soulagée par cette thérapeutique ; les douleurs persistaient et leur intensité ne fut pas diminuée, de plus la partie tuméfiée parut s'enflammer.

Lors de son entrée à l'hôpital, M^{lle} F... offrait tous les signes d'une anémie assez marquée ; le membre abdominal droit présentait au niveau de la partie moyenne et postéro-externe de la cuisse, une tuméfaction avec rougeur de la peau, ayant tous les caractères d'un phlegmon aigu, dont la cause productrice paraissait être la dernière injection de nitrate d'argent faite à ce niveau.

Les douleurs vives nécessitaient le repos au lit et encore la malade avait-elle une certaine peine à se coucher sur le côté pour faciliter notre exploration.

Quelques jours après, notre phlegmon sous-cutané s'abcéda et s'ouvrit au dehors en laissant écouler une petite quantité de pus

bien lié. Malgré cette ouverture, la tuméfaction et l'induration de la région persistèrent ; je pus constater alors que la lésion était profonde et qu'elle semblait s'étendre jusqu'au fémur, qui d'ailleurs ne paraissait pas beaucoup plus volumineux que celui du côté opposé.

En raison de l'état général et de la longue évolution du mal, enfin percevant une fluctuation profonde, je crus avoir affaire à un abcès ossifluent.

10 mai. — En examinant la malade et en explorant la région où le petit abcès sous-cutané s'était ouvert, je fis sortir par cette ouverture une cuillère à café environ d'un liquide visqueux et un peu coloré en rouge. Mon attention ne fut pas immédiatement attirée sur cette particularité et ce ne fut que quelques jours après que je pus en comprendre la valeur clinique.

12. — Une ponction exploratrice fut faite avec un bistouri à lame mince et je pus recueillir encore quelques gouttes de ce même liquide visqueux et coloré. L'abcès sous-cutané s'était guéri, mais la tuméfaction profonde avait augmenté et était devenue très fluctuante ; aussi, le 26 mai je fis une ponction avec l'aspirateur Dicu-lafoy. A mon grand étonnement, je retirai environ 100 gr. d'un liquide visqueux, filant, légèrement coloré en rouge, ressemblant beaucoup à de la synovie, et en somme analogue, sinon identique à celui que j'avais fait sourdre, par l'orifice de l'abcès sous-cutané et aussi au liquide que j'avais obtenu après la ponction avec le bistouri.

Par le repos et le refroidissement ce liquide donne naissance à un léger dépôt dans lequel le microscope permet de reconnaître la présence d'hématies et de leucocytes. Cet examen fut fait par le Dr Raymond et contrôlé par le professeur Gubler.

Quant à la partie essentiellement liquide, elle était coagulable par la chaleur et ce coagulum séparé par filtration, il restait encore un liquide albumineux coagulable par l'acide azotique. Enfin, on constata dans le liquide obtenu par la ponction la présence d'une grande quantité de phosphates et d'un peu de glycose. MM. Gubler et Raymond ignorant l'origine du liquide qui avait été soumis à

leur examen, me firent répondre qu'il ressemblait au liquide des kystes synoviaux, mêlé d'un peu de sang et de pus.

L'orifice de la ponction fut obturé avec du collodion, on continua les cataplasmes et cette petite opération palliative amena un peu de calme chez notre malade.

2 juin. — La collection s'est remplie, elle a même notablement augmenté de volume surtout en haut où elle arrive presque jusqu'au tiers supérieur du fémur. Les douleurs sont plus vives.

13. — Je pratiquai une nouvelle ponction avec un trocart ordinaire et je pus retirer encore 150 gr. de liquide filant et rougeâtre. Une pression exercée immédiatement au-dessous du pli fessier fit s'écouler en dehors les dernières gouttes de liquide contenues dans la cavité; celle-ci remontait donc assez haut du côté externe et postérieur de la cuisse et semblait quelque peu allongée de bas en haut. Une bougie en gomme de petit calibre, introduite par la canule du trocart, pénétra sur une longueur de 25 cent. et son extrémité libre nous parut arriver jusqu'un peu au-dessous du pli fessier. Cette exploration ne permit pas de déterminer si le fémur était à nu en un point quelconque.

Occlusion de la plaie faite par le trocart. Cataplasme. Il faut noter que depuis son entrée à l'hôpital, la malade était soumise à un traitement ioduré, auquel plus tard on substitua le sirop de Gibert pendant quelque temps, le tout sans résultat appréciable.

24. — La tumeur s'étant reproduite, je résolus de la faire traverser par un drain. La ponction fut pratiquée au tiers moyen postéro-externe de la cuisse et la contre-ponction au tiers supérieur, au niveau, mais en arrière du grand trochanter. Le tube ainsi placé mesurait 25 cent. de long. Il s'écoula un peu de sang mêlé à du liquide filant, dont on put évaluer la quantité à environ 400 gr. Des injections détersives furent faites dans le tube.

Deux jours après, M^{lle} F... fut prise d'érysipèle, celui-ci apparut à égale distance des orifices qui donnaient passage au drain.

Les phénomènes généraux furent assez sérieux, la température atteignit 39°; la plaque érysipélateuse ne s'étendit pas trop, mais au moment de sa disparition une autre plaque apparut au pli de l'aîne et la température remonta à 40°3. Il y eut en même temps adénite

inguinale : car un, puis plusieurs abcès ganglionnaires se développèrent et nécessitèrent l'intervention chirurgicale.

15 juillet. — Tous les accidents généraux et locaux avaient cessé, sauf l'existence d'une fistule inguinale, qui persista plus de trois mois et dont on voit les traces encore aujourd'hui.

A partir de cette époque, la malade ne fut plus soumise à mon examen ; j'ai donc dû me contenter des renseignements qu'elle a pu me donner.

La suppuration, d'abord très abondante, diminue peu à peu sous l'influence des injections détersives faites méthodiquement, toutefois les souffrances ne furent guère diminuées et l'affection sembla rester stationnaire jusqu'à la fin de l'année 1876.

En décembre cependant apparut un nouvel érysipèle, assez bénin d'ailleurs, localisé au membre malade et sans phénomènes fébriles très accusés.

En février 1877, la suppuration était assez diminuée pour que la malade put être pansée avec la glycérine ; le tube à drainage fut changé en mars et remplacé par un autre tube moins volumineux.

En avril survinrent des accidents fébriles, un point de côté qui fut traité par des applications de teinture d'iode. Le drain fut encore changé en mai, l'état général devint meilleur, si bien qu'en juin 1877 on permit à la malade de se lever et de marcher, ce qu'elle ne pouvait faire qu'avec l'appui d'un aide et au prix de douleurs assez vives dans toute la cuisse droite.

La marche redevint impossible en juillet, et vers le 8 août les douleurs forcèrent Mlle F. . à garder le lit. A cette date il se produisit une tuméfaction à la partie inférieure et externe de la cuisse au-dessous et en avant de l'orifice inférieur par où s'engage le drain. Cette tuméfaction qui disparaissait sous l'influence du repos n'était autre qu'un abcès, qui fut ouvert le 2 octobre par notre collègue M. Gillette.

Des accidents fébriles assez intenses suivirent cette opération ; puis ils disparurent et l'incision resta fistuleuse.

Vers le 1^{er} novembre 1877, M. le professeur Le Fort, qui reprit le service, fit retirer le tube à drainage ; la suppuration diminua,

mais la malade accusa de vives douleurs pendant une dizaine de jours.

20 novembre 1877. — Je vis la malade avec M. Le Fort : la cuisse droite est plus volumineuse que celle du côté opposé ; les deux ouvertures par lesquelles passait le tube à drainage sont presque cicatrisées : toutefois un stylet introduit par l'ouverture intérieure pénètre obliquement en haut et en avant jusqu'à 20 centimètres de profondeur sans atteindre un point osseux dénudé. Par l'ouverture supérieure, on ne pénètre qu'à quelques centimètres de profondeur. L'incision faite par M. Gillette au côté externe et inférieur de la cuisse est encore ouverte et fournit du pus ; l'exploration avec le stylet permit de pénétrer à 5 centimètres de profondeur jusque vers le fémur, sans qu'on puisse constater la moindre dénudation de cet os.

L'état général est assez bon, toutefois les douleurs empêchent la marche et nécessitent encore le séjour au lit. C'est dans le but de faire cesser ces douleurs persistantes, que le professeur Le Fort fit à plusieurs reprises des ponctions avec un bistouri étroit, de façon à pénétrer jusqu'au fémur et à pratiquer un débridement du périoste.

Depuis le 1^{er} janvier 1878, Mlle F... se lève et marche à l'aide de béquilles, la suppuration des deux ouvertures faites pour placer le drain et celle de la plaie faite avec le bistouri a diminué peu à peu, si bien que depuis le 25 mars ces divers trajets fistuleux sont cicatrisés entièrement.

28 mars. — Je revis la malade : son état général est excellent, elle a notablement engraisé depuis ces derniers temps ; toutes les fistules sont guéries ; les tissus qui entourent le fémur sont un peu indurés, et le volume de cet os nous a paru augmenté, surtout à sa partie moyenne et inférieure. Le membre malade est un peu atrophié, il n'est pas plus allongé que celui du côté opposé.

Mlle F... marche avec des béquilles, toutefois elle traîne la jambe et se plaint encore de douleurs sourdes au niveau de la partie moyenne du fémur droit, c'est-à-dire juste à l'endroit où s'est développée primitivement cette singulière collection liquide.

M. Terrier crut d'abord avoir affaire à un abcès symptomatique d'une lésion osseuse (Ostéite ou ostéo-périostite du fémur). Mais après la ponction qui donna issue à un liquide filant, légèrement rougeâtre, analogue à de la synovie, il crut son diagnostic inexact. C'est à ce moment qu'il prit connaissance du Mémoire publié par Poncet, de Lyon, dans la *Gazette hebdomadaire* de 1874,

M. Terrier dit avoir reconnu l'analogie qu'il y avait entre l'affection dont était atteinte la malade soumise à son observation et le cas signalé par Poncet ; ce qui lui fit porter ultérieurement le diagnostic de périostite albumineuse.

Dans la même séance, M. le Prof^r Lannelongue communique à la Société de Chirurgie deux faits ayant entre eux une grande analogie.

« Tous les deux, dit M. Lannelongue, sont des exemples de cavités développées sur le corps des os longs sans avoir aucun rapport avec les extrémités épiphysaires ou apophysaires de ces os ».

Il désigne ces sortes de tumeurs sous le nom de kyste. « Tout justifie, ajoute-t-il, cette qualification, depuis la constitution de la poche, jusqu'aux qualités du liquide contenu ».

M. le Prof^r Lannelongue rappelle les observations de Poncet et Ollier ; mais il attribue un intérêt tout spécial à ce que les deux sujets, dont il cite l'observation, sont scrofuleux ayant l'un et l'autre une tumeur blanche de l'articulation la plus voisine, sans qu'il y ait eu propagation inflammatoire de la tumeur blanche au kyste ; mais il se demande, si malgré cette absence de continuité de lésion il n'y a aucun rapport. Puis il formule diverses

hypothèses sur l'origine de ces tumeurs. « Enfin, dit-il, « l'hypothèse d'un kyste néogène est encore soutenable, « et peut-être n'est-ce là qu'un premier degré d'un état « qui doit se transformer par la suite en abcès froid ».

Comme nous le dirons ultérieurement, M. le Prof^r Lannelongue devait avoir le vrai mérite de signaler la véritable origine de ces collections auxquelles Ollier avait donné le nom de périostite albumineuse.

Observation III (LANNELONGUE).

Le nommé Lav..., Eugène, âgé de 7 ans, entre à l'hôpital Sainte-Eugénie, salle Napoléon, n° 8, le 7 avril 1877. Il est atteint d'une tumeur blanche du genou droit qui remonte à dix-sept mois environ. Elle débute à cette époque sans motif apparent, et elle progresse assez vite. La marche fut interrompue trois mois après le début d'une façon définitive. Le père de cet enfant est mort tuberculeux, et lui-même est un petit être assez chétif, portant au cou plusieurs cicatrices déprimées qui indiquent une suppuration d'assez longue durée. En effet, vers l'âge de 16 mois, à la suite de croûtes d'eczéma, il eut les ganglions lymphatiques du cou très développés, et plusieurs suppurèrent. A 3 ans cet enfant prit la coqueluche qui le tint fort longtemps. Enfin à 5 ans il contracta la rougeole. A son entrée à l'hôpital, nous constatons plusieurs lésions :

1° Une tumeur blanche du genou droit avec flexion à angle droit de la jambe sur la cuisse qu'on ne peut pas redresser. Le cul de sac de la synoviale au-dessus de la rotule et de chaque côté du ligament rotulien est rempli de fongosités mollasses, prêtes à suppurer, en bas principalement. Le volume du tibia paraît accru, à la pression il est douloureux, au niveau de l'attache des ligaments latéraux. La cuisse est très amaigrie.

2° Dans le tiers supérieur de la jambe droite existe en arrière sur la ligne médiane une collection réductible. En pressant cette

tumeur dont le volume est celui d'une pomme d'api, on refoule le liquide dans le creux poplité et on produit une crépitation due sans nul doute à la vibration des bords de l'orifice de communication. Cette collection est probablement symptomatique d'une lésion du tibia à sa partie postérieure et inférieure, très près de l'articulation. Elle se rattache en tout cas au même ordre de lésions que celles qui existent dans le genou ; on pourrait pourtant se demander si cette collection n'a pas pour origine une adénite poplitée provoquée par l'arthrite.

3^e Sur la face interne du tibia, à deux travers de doigt de l'épiphyse, existe une seconde tumeur indépendante de la précédente, dont elle est séparée par les muscles postérieurs de la jambe. Cette seconde tumeur a le volume d'une grosse noix, elle est franchement fluctuante et élastique ; la peau qui la recouvre n'a pas changé de couleur et n'a aucune adhérence avec elle ; elle adhère par contre à l'os ou du moins au périoste, et cette dernière membrane est annulairement indurée à l'insertion de la tumeur sur elle.

N'ayant fait aucune difficulté pour admettre un abcès froid, j'ai piqué cette tumeur afin de reconnaître les qualités du liquide, et, à mon étonnement il est sorti un liquide clair, de couleur citrine, sans mélange de grumeaux. Ce liquide, mis en contact avec du papier blanc, ne le tache pas comme ferait un corps gras. Il n'est pas filant, et, en masse il prend une teinte un peu louche. Examiné au microscope, il renferme des leucocytes assez nombreux, quelques globules rouges et quelques fines granulations. Pas de gouttelettes graisseuses ; chauffé, il présentait un coagulum assez volumineux.

Quelle interprétation pouvait-on donner de cette collection ?

La tumeur a la plus grande analogie par son liquide contenu et par les circonstances tirées de ses rapports avec les kystes, et j'admettrai volontiers l'idée d'un kyste du périoste. Ce kyste est-il développé à la face interne ou externe de cette membrane ? Je ne puis le dire, ne connaissant pas ses rapports avec ces parties. Une autre interprétation serait peut-être celle-ci : sous l'influence d'une irritation de voisinage, ou sous celle d'une cause générale strumetuse, il s'est produit des fongosités périostales, au centre desquelles se

trouve une cavité kystique. J'ai, au surplus, quelquefois constaté des cavités analogues dans les fongosités des ganglions lymphatiques ou péri-articulaires. Les lésions du genou amenant un amaigrissement de plus en plus profond, la question de l'amputation de la cuisse se présenta comme une nécessité à laquelle on ne pouvait faillir sans exposer la vie du malade, Elle fut pratiquée le 4 mai.

Le membre enlevé, il fut facile d'examiner tout à loisir les rapports de la collection avec l'os. Après l'avoir incisée crucialement, il fut facile de reconnaître qu'elle n'avait rien de commun avec la peau, elle partait du périoste qui formait sa paroi profonde. Cette membrane, isolée de l'os à quelque distance de la tumeur, ne révélait aucune hypérostose, et lorsque les lambeaux du périoste, relevés et disséqués, arrivèrent sous la collection, tout fut trouvé normal. Pas de dépression osseuse, pas d'ostéite, pas d'hypérostose. La paroi du kyste se compose d'une membrane dont la face interne est rouge, tomenteuse, très vasculaire ; des crêtes comparables, en petit, à celles de la face interne de l'intestin grêle la sillonnent, et, quand on détache une de ces crêtes, on n'arrive pas sur l'os, mais il reste encore une mince couche de périoste adhérent comme de coutume.

L'examen histologique de cette paroi a été fait par M. Dejerine, préparateur du laboratoire de M. Vulpian. M. Dejerine nous a confirmé que le périoste a la même texture que dans les parties voisines, plus aminci seulement. Le genou présentait les lésions ordinaires des tumeurs blanches ; je crois inutile de rendre cette observation plus longue, je dirai seulement que le jeune amputé a succombé.

Observation IV

Tumeur blanche du coude droit. — Kyste du périoste du corps du cubitus.

Ernestine R. . . . âgée de 3 ans, entre dans la salle Sainte-Eugénie, le 4 avril 1878, avec une tumeur blanche du coude droit, datant d'un an environ, d'après la mère. Elle est caractérisée par les

symptômes habituels de la tumeur blanche et il y a de plus des mouvements de latéralité et une crépitation osseuse due au frottement des surfaces dépourvues de cartilage. En même temps, au-dessous du coude, sur le trajet du cubitus, au-dessous de l'olécrane, environ à un travers de doigt, existe une tumeur, tout à fait isolée, circonscrite, adhérente au cubitus ; la peau plisse au-dessus d'elle, elle est fluctuante. Est-ce un abcès ossifluant, ou un abcès du périoste simplement ? J'en ai fait l'ouverture, et, à mon grand étonnement, il est sorti un liquide jaunâtre, fluide, n'étant pas du pus, et ce liquide est renfermé dans une cavité limitée par une membrane molle, fongueuse, reposant sur le périoste, que j'ai examiné à différentes reprises après plusieurs lavages, et la poche étant largement ouverte. Nulle part, on ne découvre un point du cubitus dénudé, et cet os n'est nullement gonflé au niveau de la poche, les parties voisines sont parfaitement saines. Cette tumeur remonte à deux mois environ. On peut appliquer à ce fait les réflexions de ma première observation.

PATHOGÉNIE ET DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

La périostite albumineuse, comme les kystes ganglionnaires, est, nous l'avons déjà dit, une affection tuberculeuse « dès l'origine comme plus tard », Le tuberculome est le point de départ de ces sortes de tumeurs, si éloignées de leur point d'origine qu'on a voulu en faire des entités morbides. En effet, au moment où on les observe, ces tumeurs présentent tous les caractères d'un kyste. La ponction lève tous les doutes, car elle donne issue à un liquide séreux, où l'examen révèle une dose élevée d'albumine.

On pouvait classer ces sortes de tumeurs parmi les kystes péricèles de la classification de Broca. Leur contenu préexiste à la paroi.

« Les tubercules à l'état de crudité, nous dit Broca, « dans son *Traité sur les tumeurs*, sont souvent entourés d'une membrane péricèle qui n'est pas un véritable « kyste, quoiqu'on les désigne alors sous le nom de tubercules enkystés. Lorsqu'ils sont ramollis et convertis « en une bouillie diffuente plus ou moins mêlée de pus, « deux cas peuvent se présenter : ou bien cette collection « s'accroît plus ou moins rapidement par l'addition continue des globules purulents que sécrète la membrane enveloppante ; celle-ci joue le rôle de la membrane pyogénique, la tumeur se comporte comme un

« abcès froid ordinaire, et porte le nom d'abcès tuber-
« culeux ; ou bien la poche, au lieu de s'amoindrir et de
« se distendre, va plutôt en s'épaississant, en se rétrac-
« tant ; la sécrétion purulente est à peu près nulle ; le
« contenu de la poche, au lieu de se diluer, tend au con-
« traire à se condenser de plus en plus, acquiert quel-
« quefois la consistance du mastic de vitrier, et les
« choses peuvent rester dans cet état pendant un temps
« presque indéfini. Ces collections stationnaires ou dé-
« croissantes, entourées d'une membrane plus, épaisse,
« portent le nom de kystes tuberculeux, et sont effecti-
« vement plus rapprochées du type de kyste que de celui
« des abcès. »

Jusqu'à présent, on rapportait l'origine de ces tumeurs aux organes sur lesquels elles se développaient. Étaient-elles placées dans les parties molles ou dans les ganglions lymphatiques, on en faisait un kyste de ces organes ; étaient-elles situées dans le voisinage d'un os, ou adhéraient-elles à l'os lui-même, on en faisait un kyste du périoste ou de l'os. '

Nous allons essayer de corriger les idées admises et de rassembler quelques faits qui nous permettront de démontrer que ces collections relèvent d'une transformation des abcès tuberculeux.

Les kystes séreux des ganglions lymphatiques, sur lesquels A. Richard a un des premiers attiré l'attention est une terminaison des abcès tuberculeux de ces organes. Le tubercule suit dans les ganglions son évolution habituelle : les granulations confluent en nodules qui deviennent caséeux et se ramollissent. Cette matière caséuse est parfois disposée en foyers multiples, plus

souvent elle forme un amas. Ainsi se forment de véritables cavernes ganglionnaires, qui rappellent en miniature celles du poumon. Une masse caséeuse humide et presque purulente, contenue dans une cavité que tapisse une couche de fongosités et qu'encapsule une coque de tissu ganglionnaire sclérosé, donne lieu à un véritable abcès froid. Cet abcès peut se prolonger en dehors du ganglion par la membrane tuberculeuse qui le limite, ou au contraire, ce qui est le cas pour les kystes ganglionnaires, la paroi cesse d'être tuberculeuse et subit peu à peu une transformation cellulo-fibreuse. « L'accroissement de la tumeur, dit M. le Prof^r Lannelongue, s'arrête ; le liquide prend de nouveaux caractères ; il devient moins visqueux, plus fluide et se décolore en passant du jaune à un état plus ou moins parfait de transparence ; les grumeaux qui pouvaient y être contenus sont désagrégés et résorbés à leur tour. La transformation est complète, et la tumeur offre alors toutes les apparences d'un kyste. »

Ce qui nous fait croire à la nature tuberculeuse de cette lésion, c'est que l'on trouve dans un même groupe de ganglions, des lésions anatomiques à diverses phases. Les observations d'Adolphe Richard mentionnent déjà cette constatation ; il nous dit, en effet, qu'à côté des kystes se trouvaient des foyers caséeux qu'il ne savait pas être tuberculeux. Ce fait est encore signalé dans l'observation de Muron. Enfin, la nature tuberculeuse s'affirme par l'inoculation positive, ainsi que nous le prouve l'observation recueillie par M. le Prof^r Lannelongue.

L'évolution du tuberculome est la même pour ces

collections du périoste, dont on a voulu faire une entité pathologique, et que l'on a appelées périostite albumineuse, parce que le liquide contient une proportion élevée d'albumine. Mais ce caractère, dit M. Lannelongue, est absolument sans valeur pour constituer à lui seul une espèce morbide, et il ne fait au surplus que confirmer les analyses du liquide des abcès tuberculeux faites par M. Villejean.

On voit d'après deux de ces analyses que nous reproduisons à la fin de ce travail, que l'albumine se trouve dans les abcès tuberculeux en quantité très considérable et bien supérieure à celle des autres collections purulentes.

L'observation clinique apporte de nouvelles preuves de cette origine tuberculeuse ; car on retrouve les mêmes signes chez des sujets offrant des altérations tuberculeuses des régions voisines et peut-être des os sur lesquels repose la collection.

« Enfin, il nous suffit de nous rappeler que la lésion
« osseuse primitive peut être guérie tout en laissant subsister une collection, qui sera d'autant plus facilement
« l'objet de la transformation celluleuse de la paroi, que
« la source primitive qui lui a donné naissance est elle-même guérie. »

C'est, en effet, ce que nous démontrent les informations déjà citées à ce sujet ; nous y joindrons encore de nouveaux faits qui nous permettront d'établir nettement l'origine tuberculeuse de ces collections.

Or donc, ces collections devant être considérées désormais en clinique, comme un des modes de l'évolution des lésions tuberculeuses, leur traitement sera celui des abcès froids en général.

Observation V

Germaine F... entre à l'hôpital Trousseau le 15 février 1892, salle Sainte-Eugénie, n° 7. Elle est âgée de huit ans ; elle présente une tumeur occupant la région cervicale du côté droit. Cette tumeur offre tous les caractères d'un abcès tuberculeux d'origine ganglionnaire. Elle est exactement placée sur la partie latérale du cou au niveau de la région sous-maxillaire, entre le bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien et la mâchoire. Elle forme à ce niveau, en dessus de la glande sous-maxillaire, une tumeur très proéminente, du volume d'une très petite pomme d'api, très manifestement fluctuante. La paroi qui la recouvre est normale et glisse sur elle. La tumeur est mobile dans tous les sens ; elle n'a aucune connexion avec le maxillaire inférieur et semble provenir d'un des ganglions sous-maxillaires. Mais on n'a pas pu découvrir le ganglion dont elle semble faire partie.

La tumeur est indolente et la mère raconte qu'elle n'a jamais été douloureuse et qu'elle est devenue apparente depuis deux ou trois ans. Un médecin consulté alors parla d'une glande ; puis on envoya l'enfant à la campagne. Mais la glande persista ; elle était toujours molle. Elle n'a jamais été l'objet de complication quelconque. Sur le reste du cou, on trouve plusieurs petits ganglions peu volumineux, mais faciles à découvrir. La bouche n'offre aucune altération et les dents sont en bon état. L'enfant jouit d'une bonne santé. Elle a eu seulement la rougeole dans le bas-âge et une entérite vers l'âge de quatre ans. Elle est la seconde des enfants ; deux autres enfants vinrent au monde après elle ; ils se portent tous bien. Les parents de l'enfant jouissent d'une bonne santé ; le père est un contre-maitre aisé.

Le 20 février, on pratique à l'enfant une ponction de la tumeur, pour la faire suivre d'une injection à l'éther iodoformé. Mais on est surpris de voir sortir de la poche un liquide absolument limpide, clair et un peu filant, sans trace apparente de pus. On rejette alors l'hypothèse d'un abcès froid pour accepter l'opinion d'un kyste du

cou, peut-être congénital. Mon interne, M. Jacob, qui avait fait la ponction, paraissait se rattacher à cette dernière opinion, malgré la présence d'un noyau dur d'apparence ganglionnaire à la place de l'abcès. Après examen du malade, je ne voulus pas imposer une opinion contraire et je proposai l'extirpation de la tumeur si le liquide se reproduisait.

Trois semaines plus tard, le liquide ayant reparu et la tumeur ayant acquis depuis les dimensions d'une petite noix, on procède à son extirpation. Au cours de l'opération, la poche est ouverte ; un liquide séreux s'en échappe ; on enlève alors toute la tumeur qui se compose d'une partie solide et d'une partie liquide. La partie liquide est entourée par une membrane enkystée, partant de la tumeur solide. Celle-ci est le ganglion hypertrophié, du volume d'un haricot et mollassé : il présente à la coupe deux petits foyers miliaires jaunâtres, disséminés dans sa trame : ce sont des foyers caséux. Dans la cavité de la poche liquide, on trouve aussi quelques résidus caséux. L'enfant quitte l'hôpital le 25 avril entièrement guéri.

On a inoculé un fragment de la paroi et du ganglion à un cobaye qui est devenu tuberculeux au bout de deux mois et demi et a présenté des tubercules pulmonaires hépatiques, une grosse rate et des infarctus caséux.

Observation VI.

Kyste ganglionnaire avec tuberculoses multiples.

Louis Bastin, garçon de 9 ans, se présente à la consultation de l'hôpital des Enfants malades dans le courant de février 1899 ; il fut examiné par M. Villemin ; il retourne à la consultation le 10 novembre de la même année et fut examiné par M. Guinard ; il présentait des tuberculoses multiples et disséminées. La première en date a été un spina ventosa de la première phalange de l'index de la main droite. Elle remonte à trois ans ; un abcès se forma et

s'ouvrit. Il est survenu depuis une fistule qui tantôt se ferma et tantôt se rouvrit.

La seconde manifestation s'est produite six mois après la première ; elle occupe la région du premier métatarsien gauche. L'extrémité postérieure devint grosse et un abcès se forma dans les parties molles. L'abcès fut ouvert et une fistule se produisit qui dura plus d'un an, rendant la marche difficile. Cette fistule est aujourd'hui fermée.

Presque à la même époque et un peu plus tard, divers ganglions se sont successivement gonflés au cou ; l'un d'eux a suppuré longtemps. Une ulcération cutanée se produisit qui persista plus d'un an et nécessita des cautérisations successives. On la guérit par l'extirpation du ganglion et des parties ulcérées. L'opération fut faite dans le service de M. Lejars.

Actuellement, à l'entrée de l'enfant, il existe en plus des lésions osseuses précédentes de chaque côté du cou des ganglions, dont l'un est du volume d'une noix et fluctuant. De plus, l'enfant porte sur le front au-dessus du sourcil droit une tumeur molle, un peu aplatie, très fluctuante. Cette tumeur est mobile et on n'y développe aucune douleur à la pression. Elle fait un relief assez prononcé sur le frontal. C'est un abcès froid probablement symptomatique d'une lésion du frontal.

On procède alors à l'extirpation d'une portion du corps de la phalange et on ouvre l'abcès crânien, qui a pour origine un foyer frontal, qui est gratté et nettoyé à fond.

On enlève enfin plusieurs ganglions du cou. L'extirpation de celui qui est le plus volumineux le montre avec une poche remplie exclusivement d'un liquide absolument clair et transparent ; une partie de la poche forme tumeur en dehors du ganglion proprement dit.

Les suites de l'opération furent simples et la guérison des foyers extirpés fut prompte. Il persista seulement les petits ganglions qu'on n'avait pas cru devoir enlever.

La malade sortit de l'hôpital le 12 février 1900.

Observation VII

Abcès froid. — Contenu séreux.

Del... (Blanche), 18 ans 1/2, entre le 30 août 1879, salle Sainte-Eugénie, n° 3.

Il y a six semaines environ que l'enfant s'est aperçue de la formation d'une tumeur à la partie supérieure et externe de la cuisse droite. Cette tumeur est un abcès froid et le fémur ne présente aucune altération reconnaissable, l'articulation est saine. La collection est d'ailleurs superficielle et a le volume d'une orange, elle n'est le siège d'aucune douleur, ni d'aucune réaction locale. On l'ouvre le 2 septembre 1879 ; il s'écoule un demi grand verre de pus ; on fait, les jours suivants, des injections phéniquées. La source tarit et l'orifice se ferme ; l'enfant paraît guérie. Mais dans les premiers jours d'octobre un nouveau gonflement se produit à la même place. La fluctuation y devient bientôt manifeste. On attend pour savoir ce que deviendra cette tumeur et pour s'assurer qu'elle ne sera pas l'objet d'un travail de résolution. Sa persistance oblige à une nouvelle intervention qui a lieu le 18 novembre. On endort l'enfant et la poche est largement ouverte ; il s'écoule un liquide séreux et transparent en aussi grande abondance que la première fois. La paroi est examinée avec soin, sa surface interne est lisse, de couleur un peu ardoisée. Elle a une épaisseur de plus d'un demi-millimètre ; elle est fibreuse, plus mince et comme celluleuse en certaines places. On peut en faire facilement la décortication et on reconnaît sa complète indépendance des parties voisines.

ANALYSES CHIMIQUES DU PUS D'ABCÈS FROIDS OSSIFLUENTS FAITES PAR
M. VILLEJEAN.

Première analyse.

Abcès froid occupant le tiers supérieur de la cuisse et communiquant avec l'abdomen ; il est symptomatique d'un mal de Pott lombaire.

Pus jaune citrin clair et verdâtre. Ce pus, très fluide, était parfaitement neutre et ne renfermait pas de mucosine.

Très difficile à filtrer les matières solides se déposant difficilement et passant au travers du filtre.

L'analyse a porté seulement sur 37 grammes de pus qui étaient constituées par :

Matières en suspension : 1 gr. 50, lesquelles ont abandonné à l'éther ;

0 gr. 360 de matières grasses et autres.

Le liquide filtré renfermait 1 gr. 430 de matières albuminoïdes.

Par contre, les cendres s'élevaient à 0 gr. 360, parmi lesquelles 0 gr. 204 de chlorure de sodium, le reste étant représenté par des phosphates alcalins et terreux.

Pour 1000 parties de pus :

Total des matières solides en suspension...	31,08
— des matières solubles dans l'éther...	9,73
Albumine totale.....	38,65
Cendres totales	9,73

Deuxième analyse

Abcès froid symptomatique d'une lésion de l'extrémité inférieure du fémur qui a déterminé une tumeur blanche du genou.

Le pus est d'une couleur café au lait foncé : il contient quelques grumeaux blancs ou jaunes, et quelques caillots noirs ; il est filant et épais ; on n'en a recueilli que 33 grammes qui ont seulement laissé passer 18 grammes d'un sérum alcalin.

Ces 18 grammes de sérum renfermaient :

Mucosine 0,105.....	5,80	pour 1000
Albumine totale 0,565.....	31,40	—
Cendres 0,075.....	4,16	—
Eaux et matières non dosées 17,255....	958,64	—

Les 15 grammes de matières gélatineuses restées sur le filtre se réduisaient après dessiccation à 1 gr. 900 et renfermaient 0 gr. 100 de matières minérales.

CONCLUSIONS

Avant de formuler une conclusion, qu'il nous soit permis de dire que les considérations sur lesquelles doivent reposer la démonstration des maladies et leur classement à part doivent être avant tout celles qui établissent d'une manière exacte leur nature. A ce point de vue, la notion d'étiologie se place au-dessus de toutes les autres et doit autant qu'on le peut servir de base à toute classification médicale bien conçue.

Or, et c'est la conclusion unique que nous formulons, les kystes ganglionnaires comme la périostite albumineuse ne relèvent que d'une cause unique, qui est l'influence exercée sur les tissus par le bacille tuberculeux. On doit donc ne pas les envisager comme des espèces morbides particulières et les considérer au contraire comme une des formes de l'évolution tuberculeuse.

Vu :
Le Doyen,
DEBOVE.

Le Président de la Thèse,
LANNELONGUE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Archives générales de médecine*, 2^e et 3^e séries, t. VI, 1834.
- Broca (Paul)**. *Traité des tumeurs*, t. II ; *Dictionnaire de médecine*, t. IX, Paris, 1835.
- Dieffenbach**. *Die operative Chirurgie*, t. II. Leipzig, 1848.
- Dor (L.)**. *Archives provinciales de Chirurgie*, 1894.
- Follin et Duplay**, *Traité de Pathologie externe*, t. V, 1878.
- Hugouneng**. *Comptes-rendus de l'Académie des sciences*.
— *Revue de Chirurgie*, 1893.
- Lannelongue (O.-M.)**. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1878.
— *Abcès froids et tuberculose osseuse*, 1881.
— *Leçons de clinique chirurgicale*, 1905.
- Maunoir (Jean-Pierre)**. *Mémoires sur les amputations, l'hydrocèle et l'organisation de l'iris*.
- Michaëlis**. *Maladies des ganglions lymphatiques*. Bd. XV, 1858.
- Muron**. *Comptes-rendus et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 5^e série, t. II, 1870.
- Ollier (Léopold)**. *Traité expérimental et clinique de la régénération des os*, t. II.
— *Traité des résections*, t. I.
— *Titres et travaux scientifiques*, t. XLV.
- Poncet (A.)**. De la périostite albumineuse, in *Gazette hebdomadaire*, 27 février 1874.
- Richard (Adolphe)**. *Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. III, 1851.
— *Titres et travaux scientifiques*, t. IV.
- Terrier**. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. IV, 1878.
Transactions médico-chirurgicales de Londres, t. XXI, 1839.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS.....	7
INTRODUCTION.....	9
HISTORIQUE.....	11
§ 1. — Des kystes ganglionnaires.....	11
§ 2. — De la périostite albumineuse.....	17
PATHOGÉNIE ET DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE.....	31
CONCLUSIONS.....	41
BIBLIOGRAPHIE.....	43

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

